

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 6

AMIBIASÉ CUTANÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CLUZEL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Novembre 1903 à MEYNES (Gard)



LYON

Imprimerie BOSCH Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

AMIBIASE CUTANÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553408_0083

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 6

AMIBIASSE CUTANÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CLUZEL

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 17 Novembre 1903 à MEYNES (Gard)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	MM. PIC.
Cliniques médicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinales	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAUVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; FAVRE, assesseur
 DUMAS. et DUFOURT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de mon infinie tendresse et de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

**A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS**

*Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de médecine de Lyon*

Officier de la Légion d'honneur

Nous le remercions du très grand
honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Durant quatre années il nous a été donné de suivre le merveilleux enseignement clinique de ce Maître bienveillant.

Au terme de nos études il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils. Nous l'assurons ici de notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

de l'Ecole de Médecine de Besançon,
de la Faculté de Médecine de Lyon,
de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

AMIBIASE CUTANÉE

Introduction

Le 16 avril 1926 entrain dans le Service du Professeur Agrégé Favre un homme de 53 ans, présentant une ulcération péri-anale douloureuse datant de plus de six années.

Cette lésion, jusque-là rebelle à toute thérapeutique, ne put être cicatrisée que lorsque, après bien des recherches, on eût découvert son étiologie réelle : la présence d'amibes dysentériques au sein de cette ulcération et institué le traitement spécifique.

Après les recherches de Kartulis, Councilmann et Lafleur, Kruse et Pasquale, Schaudinn, pour ne citer que les premières en date, le pouvoir pathogène de l'amibe semblait connu; mais une seule de ses lésions, la plus fréquente il est vrai, avait été étudiée.

En effet si l'*amœba dysenterix* reconnaît l'intestin comme son habitat usuel, elle n'en est pas moins susceptible d'émigrer et de léser les organes les plus variés.

C'est ainsi qu'on signala par la suite une amibiase broncho-pulmonaire, des abcès métastatiques du cerveau, des abcès métastatiques sous-périostés, une ami-

biase de la rate, du rein, et enfin on décrit des lésions cutanées imputables à l'amibe.

Ces observations de phagédénisme cutané amibien sont encore relativement rares; nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de cet ordre dans le Service du Professeur Agrégé Favre, qui nous a conseillé, à la lumière de ce fait, de prendre l'amibiase cutanée comme sujet de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Amibiase cutanée

Les traités classiques signalent à peine cette manifestation de l'amibiase. Dans le plus grand nombre d'auteurs on n'en trouve nulle trace; d'autres parlent bien de phagédénisme cutané secondaire à certaines interventions dans l'hépatite suppurée, mais sans l'attribuer particulièrement à l'action des amibes.

Kelsch et Kiener, dans leur « Traité des maladies des pays chauds » : « Si la gangrène primitive est rare, celle qui se déclare secondairement dans un abcès ouvert à l'extérieur ou dans l'intestin est au contraire un accident relativement commun. Lorsque l'abcès est ouvert à l'extérieur, la gangrène commence ordinairement à l'orifice de la plaie et s'étend ensuite aux parois de l'abcès (observations de Cabaud, Annesley, Morehead, Rouis, Haspel). Nous avons nous-même observé une vaste gangrène des parois de l'abdomen, consécutive à l'incision d'un abcès dysentérique. »

Et Brumpt, dans son « Traité de Pathologie » :
« L'ouverture de l'abcès du foie se complique souvent de phagédénisme cutané amibien ».

Le Dantec, dans son « Traité de pathologie exotique », n'est pas plus explicite.

Ce pouvoir singulier d'ulcérer de l'amibe est nié par le Docteur Guillon, dans son « Manuel de thérapeutique clinique des maladies tropicales ».

Dans son « Précis de dermatologie », Darier dit ne connaître que le travail de Engmann et Heithaus. Le maître de Saint-Louis a voulu parler sans doute des localisations exceptionnelles de l'amibiase, car il connaissait sûrement les ulcérations abdominales consécutives à des abcès dysentériques du foie, et dont des observations, assez peu nombreuses d'ailleurs, ont été publiées par différents auteurs.

Presque tous les cas d'amibiase cutanée rapportés à ce jour concernent des ulcérations secondaires de la paroi abdominale.

Dans des cas beaucoup plus exceptionnels, l'ulcération amibienne porte sur une partie quelconque du revêtement cutané.

CHAPITRE II

Les localisations habituelles de l'Amibiase cutanée

Si les lésions cutanées produites par l'*amœba dysenteriae* s'observent le plus souvent à la suite des ouvertures d'abcès du foie, il n'en reste pas moins que c'est là une complication fort rare de l'hépatite suppurée ; en effet :

Dans le travail très documenté de Sambuc, sur 109 observations d'opérés du foie, on ne trouve pas notée cette complication.

Okinchewitz (de Bakou), sur 72 opérés note cependant 7 cas de sphacèle de la peau, mais il n'en donne pas le déterminisme parasitaire.

Roux, sur 80 observations, n'en signale aucun cas.

Loison, sur 42 observations d'abcès dysentériques du foie, n'observe qu'une seule ulcération d'allure phagédénique (mort en 7 semaines).

Et si dans les *Traité*s classiques nous retrouvons quelques cas de gangrène de la paroi abdominale, secondaires à des abcès hépatiques, l'action phagédénique de l'amibe fut longtemps mise en doute; et malgré la preuve apportée par l'observation de Ménétrier et Touraine, Guillon écrivait en 1909 :

« Quant au phagédénisme cutané amibien signalé récemment, j'attendrai pour le croire de nouvelles observations. »

Ce sont ces observations venues à l'appui de la première en date que nous publions dans ce chapitre.

Observation de Ménétrier et Touraine

Abcès amibien du foie, phagédénisme cutané amibien

X..., 23 ans, serrurier, entre le 18 février 1908, à l'hôpital Tenon, salle Andral, n° 20, pour des douleurs dans la région épigastrique.

Il ne présente aucun antécédent personnel intéressant et n'a jamais eu de maladie notable jusqu'en 1905. A cette époque, il part faire son service militaire en Cochinchine, à Saïgon. En juillet 1907, il contracte les fièvres paludéennes, reste alité 1 mois environ et est rapatrié en octobre; jamais, durant son séjour aux colonies ni depuis, il n'a eu de symptômes de dysenterie. 8 jours après son retour à Paris, il est pris brusquement, un matin, de fièvre avec frissons, céphalée, vertiges, douleurs vagues avec quelques paroxysmes dans l'hypochondre gauche. Il reste couché 2 jours,

puis se remet au travail quand, une semaine après, il est repris subitement de douleurs constrictives dans la région épigastrique, bien localisées, sous le rebord costal droit, sans irradiations. Il entre dans un service de médecine de Tenon, et a à ce moment plusieurs poussées fébriles, irrégulières, intermittentes. Il est soumis au régime lacté et après 3 semaines peut reprendre son travail. Dès ce moment l'abdomen, et surtout l'hypochondre droit, commencent à augmenter de volume.

Le 13 janvier, survient une nouvelle crise aiguë de douleurs épigastriques, s'irradiant cette fois vers la région lombaire et accompagnées de fièvre; il entre dans notre Service.

C'est un homme d'apparence robuste, dont les téguments sont uniformément colorés d'un ictère assez foncé jaune franc, beaucoup moins prononcé sur les muqueuses et notamment les conjonctives. On est frappé par la voussure du thorax qui est élargi à la partie inférieure, surtout sur la ligne médiane à la base de l'appendice xyphoïde, et à droite dans l'hypochondre droit, d'où une asymétrie marquée surtout visible si on regarde le tronc à jour frisant de bas en haut.

Le foie est abaissé, sa limite supérieure à peu près horizontale et rectiligne passe à 3 cm. au-dessous du mamelon. Son bord inférieur déborde les fausses côtes auxquelles il reste parallèle, à 3 ou 4 travers de doigt, pour traverser ensuite obliquement vers la tête du troisième cartilage gauche l'épigastre où il devient très superficiel et peut être accroché facilement par

la palpation. Il forme une voussure notable dans l'épigastre, sa consistance est ferme, régulière, sa surface lisse. La palpation est sensible et provoque une légère douleur dans la région vésiculaire et sur la ligne médiane à mi-distance de l'ombilic et de la base du xyphoïde.

La rate ne paraît pas augmentée de volume à la percussion. L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier. Les digestions sont pénibles, mais il n'existe pas de diarrhée, ni de vomissement. Les urines renferment une quantité notable d'urobiline, elles sont peu abondantes, 800 gr. environ par 24 heures et sont hautes en couleur. La température est normale.

Les jours suivants, aucune amélioration ne se manifeste, les points douloureux persistent; la voussure épigastrique semble n'avoir aucune tendance à augmenter.

Le 27 février, on pratique une ponction dans l'épigastre à 3 cm. en bas et à gauche de l'extrémité antérieure du neuvième cartilage costal gauche et à 7 cm. de profondeur l'aiguille pénètre du premier coup dans une collection d'où on évacue environ 15 cm³ d'un pus gris verdâtre homogène.

Sur frottis colorés par les méthodes générales et quelques procédés spéciaux, dont un cas antérieur de dysenterie amibienne nous avait fourni l'expérience, on ne trouve que des globules de pus, de nombreux polynucléaires, mais pas de microbe, pas d'amibe; des ensemencements sur gélose sont restés stériles.

Le lendemain, le malade est opéré par notre collègue Legueu et voici les renseignements opératoires qu'il a bien voulu nous donner et pour lesquels nous le remercions vivement : « Laparotomie parallèle aux fausses côtes, section du muscle droit au niveau du point où la ponction a montré l'existence du pus; suture circulaire entre le péritoine pariétal et la surface hépatique. Ponction, évacuation par aspiration d'environ 700 gr. de pus verdâtre avec quelques stries sanguinolentes. Ouverture large, la cavité est profonde, développée dans le lobe gauche, à parois irrégulières, tomenteuses; léger curetage de la paroi; drainage large. »

Sur la table d'opération, le malade aurait vomi une certaine quantité de pus, et pendant quelques jours il a eu une expectoration purulente sans autres caractères, au microscope, que ceux des crachats de bronchite sans amibe.

Les jours suivants, le malade a une poussée fébrile de 39°9 qui disparaît rapidement; la température se maintient alors autour de 37°6. Il s'écoule par la plaie, les premiers jours, une grande quantité de pus verdâtre, strié de sang, au point de transpercer le pansement. 8 jours après l'opération se produit un écoulement de bile rapidement très abondant, cependant que la suppuration diminue. Cette cholerragie s'arrête après 12 jours environ. Le malade va beaucoup mieux, ses forces reviennent assez pour lui permettre de se lever.

Vers le 23 mars, les bords de la plaie cutanée s'agrandissent légèrement, se recouvrent d'un léger

exsudat diphtéroïde. Les jours suivants, il se forme une croûte noirâtre et sa chute laisse à nu *une ulcération grisâtre* à bords cutanés taillés à l'emporte-pièce et un peu décollés, à fond légèrement tomenteux, purulent.

Progressivement cette ulcération s'agrandit excentriquement, d'une façon régulière, à sa périphérie, décollant d'abord le tissu cellulaire sous-cutané qui s'élimine en petits bourbillons et forme des clapiers irréguliers parfois de 2 à 4 cm. de profondeur; puis la peau s'ulcère à son tour, quoique plus lentement, à la fois par sa profondeur et au pourtour de l'ulcération; elle devient violacée, s'amincit, se déchiquette irrégulièrement et enfin disparaît.

Le fond de la plaie se recouvre d'un exsudat pseudo-membraneux, de plus en plus épais, noirâtre à la périphérie, gris au centre, sans aucune tendance aux hémorragies; il est formé par la partie profonde de l'hypoderme considérablement épaissi et qui forme un vaste plastron sur lequel repose l'ulcération; à la périphérie, les téguments sont à peine modifiés, leur coloration est un peu plus vive, il n'existe pas, à proprement parler, de bourrelet, mais seulement un léger épaississement qui s'arrête à 1 ou 2 cm. de la plaie. A ce niveau il existe une anesthésie à peu près complète.

L'ulcération est insensible, sauf dans la zone périphérique où la peau est décollée; à ce niveau la traction sur les filaments bourbillonneux encore adhérents est extrêmement douloureuse. Il n'y a pas d'adénopathie superficielle perceptible, dans les aisselles notamment.

Les jours suivants, l'ulcération progresse assez rapidement, d'une façon régulière, elle recouvre en une semaine presque toute la moitié droite de l'épigastre.

Dans les premiers jours du mois d'avril, l'état général devient brusquement mauvais, la fièvre reparaît à grandes oscillations atteignant 39°5, la faiblesse s'accroît, on ne trouve rien aux poumons ; il n'y a pas de vomissement, mais à plusieurs reprises on note, du 5 au 8 avril, de petites hémorragies intestinales sous forme de melœna. Le foie est resté aussi volumineux qu'avant l'opération. Finalement le malade tombe dans le coma et meurt le 10 avril.

A ce moment *l'ulcération est énorme*, elle envahit presque tout l'épigastre, l'hypochondre droit et une partie du flanc droit ; elle est légèrement ovalaire, à grand axe oblique en bas et à gauche, elle mesure 18 cm. sur 14. Les cartilages costaux presque à nu ne sont recouverts que par une mince couche de tissu putrilagineux ; ils ne sont cependant pas cariés.

Le trajet fistuleux qui conduit dans la cavité hépatique est extrêmement court et les 7 cm. qui la séparaient de la peau le jour de la ponction se sont réduits à 2 ou 3, indiquant que le processus phagédénique a dû se développer aussi dans le foie. La cavité est considérable, elle mesure environ 12 cm. dans son grand diamètre vertical et 7 à 8 cm. horizontalement. Les parois sont très irrégulières et présentent de nombreuses anfractuosités et sont partout recouvertes d'un exsudat épais puriforme.

L'autopsie n'a pu être pratiquée et l'examen n'a pu porter que sur le pus, les produits de raclage opératoire et des fragments de tissu hépatique, au niveau de la paroi de l'abcès.

L'examen microscopique du pus recueilli aseptiquement pendant l'opération a donné des résultats négatifs ; par contre, les fongosités de la paroi de l'abcès ramenées par la curette *renfermaient un grand nombre d'amibes* (ectoplasme distinct, fines granulations de l'endoplasme, une ou deux vacuoles non contractiles, noyau excentrique, petit, peu distinct, l'activité des mouvements pseudopodiques les rangeait dans l'espèce *Entamoeba histolytica* de Schaudinn).

Observation de M. F. Bassères

Phagédénisme cutané amibien post-opératoire (1910)

M. F. Bassères rapporte l'observation d'un malade qui, sans symptôme de dysenterie préalable, présente un abcès du foie, superficiel. L'opération est pratiquée à travers le 9^e espace intercostal.

« C'est à la suite de cette intervention — 10 jours après, le 25 mai — que débute l'incident qui, sur cette observation, en somme banale, met une note intéressante...

Sur la lèvre inférieure de la plaie opératoire, exactement sous les drains, apparaît chez notre malade une *escarre demi-circulaire*, pareille à la moitié d'une pièce de 50 centimes, grisâtre, rappelant celle qui suit immédiatement certaines injections de quinine ;

sous l'escarre le tissu cellulaire prend un aspect de bourbillon; simultanément, sur le reste de la plaie opératoire les lèvres s'ectropionnent, s'indurent, deviennent violacées.

Peu à peu la *lésion gangréneuse* s'étend en surface plus qu'en profondeur; vers le 10^e jour après son apparition, elle a les dimensions d'une pièce de 2 fr.; d'abord limitée à la partie de la plaie située sous les drains, elle gagne progressivement toute la lèvre inférieure, la commissure postérieure et la lèvre supérieure, entourant le pourtour de la plaie d'une bande, chaque jour plus large, de sphacèle en même temps que se creuse la perte de substance consécutive à l'intervention; puis le cercle de sphacèle une fois constitué, le phagédénisme se développe excentriquement avec presque la régularité d'une tache d'huile.

Particularité curieuse : les points correspondant aux sutures sont envahis de la profondeur à la surface de la peau et prennent l'aspect de petits anthrax.

Au moment, soit le 25^e jour de son apparition, où la lésion a pris la forme qui restera définitive, tout en élargissant son cercle, elle présente les caractères ci-dessous :

ULCÈRE DE FORME ARRONDIE, régulière, mesurant 15 cm. de haut sur 13 de large, essentiellement constitué par une bande de gangrène de 3 à 6 m/m. d'épaisseur, grisâtre, partiellement décollée en bas, adhérente sur le reste de sa circonférence, auréolant d'une zone, large de 3 à 4 cm., la plaie opératoire, transformée en un vaste cratère rouge sombre; tout autour de la bande de sphacèle, liseré rose de 3 m/m.

de moyenne, légèrement surélevé et doublé lui-même d'une fine collerette épidermique; enfin, engainant toute la lésion, une zone d'infiltration indurée, peu saillante, de coloration mauve ou violacée, large de quelques centimètres.

La plaie phagédénique a toujours été indolore et peut-être à cause des traitements mis en œuvre, n'a pas présenté d'odeur spéciale; l'odeur fade qui se dégageait du pansement étant le fait de la suppuration hépatique; elle a évolué avec plutôt les caractères d'une gangrène mixte et ne s'est jamais accompagnée d'hémorragie; la sécrétion a été insignifiante.

La réaction qui entoure l'ulcère s'est manifestée au début par l'ectropion et l'induration des lèvres; plus tard, la zone extérieure à l'ulcère est le siège d'un empâtement régulier formant, autour de la collerette épidermique indiquée plus haut, une sorte de talus en pente douce et de coloration lie de vin.

Enfin, nous n'avons pas noté de retentissement ganglionnaire et ce fait est à rapprocher de l'intégrité constante des ganglions mésentériques au cours de la dysenterie amibienne.

Les examens pratiqués sur des échantillons recueillis soit dans les clapiers du décollement inférieur, soit à la partie supérieure non décollée, soit enfin, dans le cratère anthracoïde creusé en un point situé, au moment de son apparition en dehors de la zone d'ulcération et, fait intéressant, au niveau même d'un ancien point de suture; *ces examens, répétés chaque jour, permettent de constater la présence d'amibes* dont l'influence pathogénique, en ce qui concerne le

développement de la complication ulcéreuse paraît, d'autant mieux établie que nous y voyons se manifester les diverses et très particulières modalités d'action de l'*Entamoeba histolytica*.

Le 27 juin (41^e jour après l'intervention), l'état du malade est désespéré; pouls petit, fréquent, température au-dessus de 38°, délire, angoisse extrême, respiration irrégulière; selles et mictions involontaires.

Le malade meurt le 27 juin, à 10 heures du soir.

Observation de A. Carini

Phagédénisme cutané amibien (avril 1912)

M. B..., Italien, ingénieur, 37 ans, est tombé subitement malade vers la fin d'octobre de l'année passée; fièvre rémittente avec exacerbation vespérale, faiblesse, amaigrissement, sueurs, insomnie, sensation de pesanteur et de douleur à la région hépatique. Cet état dure pendant presque 3 mois sans que le médecin qui le traitait ait reconnu la véritable nature de l'affection. Mais comme l'état du malade s'aggravait de plus en plus, d'autres médecins furent appelés en consultation; ceux-ci diagnostiquèrent l'*hépatite suppurée* et conseillèrent au malade d'entrer à l'hôpital.

Le 24 janvier, le Docteur Buscaglia pratique une ponction exploratrice positive et immédiatement après la costotomie (9^e côte) suivie de l'évacuation de presque 1 litre de pus.

Dans le pus récolté sur le pansement du jour suivant, nous avons trouvé de nombreuses amibes bien mobiles. La température persistant et le chirurgien soupçonnant un 2^e abcès, le 30 janvier, il chloroforma de nouveau le malade et réussit, après résection de la 8^e côte, à vider un autre abcès d'où s'évacue plus l'un litre de pus. L'état grave du malade persiste avec débilité cardiaque très accentuée.

La température qui avait diminué à la suite de la 2^e opération, réapparaît quelques jours après et le chirurgien note l'aspect peu satisfaisant de la plaie d'où a pris naissance un processus de phagédénisme cutané. *La peau du bord inférieur de la plaie est en nécrose*, elle présente une couleur gris noirâtre et est entourée d'un halo enflammé rougeâtre qui passe insensiblement dans la peau normale.

Des canalicules s'ouvrent dans le tissu sous-cutané et par compression on fait sortir un pus visqueux, épais, de couleur chocolat en tout semblable au pus de l'hépatite amibienne.

La nécrose de la peau qui avait commencé sur le *bord inférieur* de la plaie opératoire, apparaît ensuite également au *bord supérieur* et fait des progrès très rapides, si bien que lorsque nous avons vu le malade une quinzaine de jours après la 2^e intervention, la gangrène s'étendait déjà sur un rayon de 10 cm. en bas et de 5 cm en haut.

Dans le pus que nous avons retiré sous la peau gangrenée, nous avons trouvé des amibes bien caractéristiques.

Persuadés que la gangrène était due uniquement à la présence de ces parasites, et convaincus d'autre part qu'il n'était guère possible d'arriver à détruire avec des solutions désinfectantes les amibes, nous avons conseillé d'extirper toute la peau nécrosée jusqu'au tissu sain et de laver ensuite avec des solutions de sels de quinine. Le docteur Buscaglia a accepté tout de suite notre conseil, mais l'opération a dû être ajournée à cause de l'état grave du malade.

Le 19 février, le chirurgien coupe en rond la peau au delà de la zone rougeâtre et enlève toute la peau et le tissu cellulaire sous-cutané malade, jusqu'aux muscles. Il en résulte une plaie ovale de 16/15 ayant au centre l'ouverture de l'abcès hépatique; des lavages avec des solutions de sulfate de quinine ont été faits.

Le processus phagédénique de la peau s'est arrêté, la plaie se maintient en bon aspect et la cicatrisation est en train de se faire normalement, quoique de l'abcès hépatique ait continué à sortir une quantité considérable de pus.

Observation de A. Carini
Un autre cas de phagédénisme amibien
(novembre 1912)

V. Leonella, Italien, ouvrier, 30 ans, marié.

Sa maladie datait à peu près du commencement de l'année; il se plaignait d'une dysenterie sangui-

nolente rebelle, fort amaigrissement, fièvre... Il avait consulté plusieurs médecins sans résultat. Ayant, après quelques mois de maladie, consulté le Docteur Seng, celui-ci diagnostiqua un énorme abcès du lobe droit du foie. Il pratiqua l'opération en incisant la peau sur le bord du thorax, à partir et en dehors du muscle droit.

L'abcès ouvert, il s'écoula une très grande quantité de pus, plus d'un litre. La fièvre, qui était tombée un peu après l'opération, ne tarda pas à se rallumer de nouveau; l'entérite sanguinolente persistait, malgré les traitements employés, et les forces du malade diminuaient de jour en jour.

Une vingtaine de jours après l'opération, le chirurgien nota que les bords de la plaie cutanée avaient pris une coloration gris noirâtre, et qu'il y avait un *commencement de gangrène*. Celle-ci ne s'est pas étendue très rapidement, mais quand nous avons vu le malade, la gangrène, qui datait d'une semaine à peu près, avait déjà déterminé une ulcération de mauvais aspect, mesurant 10 cm. de largeur sur 8 de hauteur. Cette ulcération, située au flanc droit, sous l'arcade costale, à peu près à moitié chemin entre l'apophyse xyphoïde et l'épine iliaque antérieure, présentait dans le centre une excavation assez profonde, dont le fond était constitué par des faisceaux musculaires, couverts à plusieurs endroits d'un exsudat purulent très adhérent. La peau qui limitait cette excavation ovale, était nécrosée sur presque toute

la circonférence, à l'exception d'une petite partie du bord supérieur. La peau nécrosée avait une forme de fer à cheval et présentait une coloration gris noirâtre sale; les bords internes étaient irréguliers, déchiquetés et affaissés, les externes se continuaient avec la peau normale, de laquelle ils étaient séparés par une zone congestionnée d'un rouge violet.

Quelques heures après la mort, nous avons retiré quelques morceaux des tissus nécrosés pour en faire l'examen histologique, et nous avons noté que le pus s'était infiltré dans le tissu connectif sous-cutané, mais plus encore dans les couches musculaires superficielles.

Dans les frottis faits avec le pus récolté à ces endroits, nous avons trouvé des amibes qui présentent les caractères de *l'amœba tetragena*. Dans les coupes des morceaux enlevés, on voit aussi de très rares amibes, logées ordinairement dans les parties profondes au milieu d'une forte invasion leucocytaire.

Ce nouveau cas prouve que, comme nous l'avons dit dans notre communication précédente, le *phagédénisme cutané amibien n'est pas extrêmement rare*.

Cette localisation cutanée de l'amibiase paraît se présenter spécialement chez les malades graves, cachectiques, chez lesquels l'ouverture de l'abcès hépatique s'est faite tardivement et est suivie d'un écoulement de pus persistant et abondant.

Observation de Dagorn et Heymann

Abcès amibien du foie, suivi de phagédénisme de la plaie opératoire et d'abcès cutané amibien (1912)

C'est le cas d'un soldat du 1^{er} Etranger, ayant à son actif 3 ans de séjour au Tonkin. Il a présenté des crises de dysenterie amibienne.

Le 25 juillet 1912, il est opéré d'un abcès hépatique; incision de 8 cm. sur la 8^{me} côte, dont on résèque un fragment de 6 cm., suture pleurale. On tombe immédiatement sur un vaste abcès remontant en avant et en arrière vers la convexité, le doigt ne peut en délimiter les contours, mais la longue canule cou-dée, en verre, qui sert au lavage de la cavité, s'y retourne librement et la quantité de pus chocolat qui s'en écoule peut être évaluée à 3/4 de litre; l'incision pariétale est à la limite inférieure de l'abcès; curetage, très incomplet, en raison des grandes dimensions de la cavité, drainage au moyen de 2 drains disposés en canon de fusil et d'une longueur de 25 centimètres.

L'examen du pus de la paroi est pratiqué par M. Tardieu : *Amibes bien caractérisées*, de grosse taille, très actives.

Les premiers jours qui suivent l'opération, tout semble se passer normalement. La fièvre tombe, une quantité énorme de boue hépatique souille chaque jour le pansement, la poche se vide bien et la zone

de matité correspondant à l'abcès fait place à de la sonorité cavitaires.

Le 1^{er} août, les symptômes abdominaux qui sommeillaient pendant l'évolution de l'abcès, se réveillent, et plusieurs selles dysentériques journalières avec mucus et sang apparaissent, dans lesquelles on trouve des flagellés et des amibes.

Au 8^{me} jour, les 2 points de suture qui rétrécissent la plaie opératoire aux 2 extrémités sont enlevés, la réunion est obtenue, mais le crin placé à l'extrémité antérieure donne un léger suintement ; on cautérise à la teinture d'iode les deux petites plaies sans s'en occuper davantage.

Cependant, la cavité continue à suppurer abondamment, le pansement est toujours très souillé ; aussi, le renouvelle-t-on deux fois par jour. C'est à ce moment, vers le 5 août, que, sur chaque lèvre de la plaie opératoire et au niveau du point de suture signalé plus haut, on constate *l'apparition d'une petite ulcération* qui s'agrandit rapidement, atteint bientôt les dimensions d'une pièce de 1 Franc, puis se développant davantage se fusionne avec celle du côté opposé, pour former ensemble une ulcération unique, oblongue, qui atteint, au jour de la mort, le 21 août, 6 cm. de long et environ 3 cm. 1/2 de large.

Son extension s'est faite exclusivement aux dépens de la peau et elle s'est arrêtée à l'entrée de la cheminée qui conduit à l'abcès.

L'ulcération présente nettement les caractères de l'ulcère phagédénique ; elle est très douloureuse, son pourtour est constitué par un liséré saillant, taillé

à pic, de couleur violacée, de fort vilain aspect. Son fond est tapissé d'un enduit diphthéroïde grisâtre, humide, adhérant fortement aux tissus sous-jacents; elle laisse suinter un liquide brunâtre, dégageant une odeur fétide.

Les lavages antiseptiques à l'eau iodée, au permanganate de potasse, les cautérisations à la teinture d'iode, au nitrate d'argent, au thermocautère n'ont pas réussi à enrayer la lésion.

Le 16 août, sans qu'on ait pu constater au voisinage de la plaie, d'ailleurs soigneusement désinfectée deux fois par jour, aucune trace d'érosion des téguments, on assiste à la formation d'un abcès siégeant à 4 cm. au-dessous de la plaie opératoire. Cet abcès a débuté par une petite élevation rougeâtre de la peau, suivie d'une nodosité sous-cutanée, qui s'est peu à peu ramollie 5 jours après le début de sa formation; il a l'aspect d'un furoncle du volume d'une grosse noisette.

Dans la crainte de voir le phagédénisme qui complique la plaie opératoire envahir de même ce petit abcès, celui-ci n'est pas incisé, mais il s'ouvre spontanément le 20 août par un petit pertuis qui laisse sourdre à la pression quelques gouttelettes de pus brunâtre.

Le 21 au matin, en présence du Docteur Gauducheau qui a bien voulu s'intéresser à notre malade, et sur ses conseils, on racle, avec une petite curette, la paroi de l'abcès, et le pus recueilli est aussitôt examiné au microscope. M. Gauducheau y trouve une grande quantité d'amibes de grande taille et

très actives. Sondé au stylet, l'abcès paraît isolé de l'ulcère voisin.

Pendant que ces accidents évoluent, la dysenterie s'aggrave, le malade se cachectise de plus en plus, des œdèmes apparaissent à la face et aux extrémités inférieures, les selles, lavure de chair, contiennent des caillots sanguins et des lambeaux de muqueuse et le *malade meurt* le 21 août au soir en hypothermie, après avoir présenté une douleur vive dans le flanc gauche, du météorisme et du hoquet.

Observation de Heymann et Ricou

Un cas de phagédénisme cutané amibien (1916)

P..., Européen, 47 ans, 29 ans de séjour colonial consécutif.

Venu à 19 ans comme militaire au Tonkin, aurait eu, pendant sa période de service, vers 1889, des accès assez graves de fièvre palustre.

Libéré du service actif, il s'établit définitivement à la colonie, exerçant diverses professions : cabaretier, épicier, colon, successivement à Hanoï, à Haiphong, Lao-Kay et enfin à Nam-dinh.

Il aurait joui d'une assez bonne santé jusqu'en 1911, époque à laquelle il aurait été atteint d'une sorte de diarrhée fébrile pendant un mois environ et qui aurait cédé au traitement quinique.

En août 1915, vers les dernières heures du jour, il aurait souffert d'une petite fièvre quotidienne insi-

dieuse, sorte de malaise qui n'aurait pas troublé ses occupations journalières.

Le 21 octobre, il ressent un engourdissement vague et diffus de toute l'épaule droite, en avant et en arrière, mais surtout dans le creux sus-claviculaire droit.

Dans la nuit du 23 au 24 octobre, une violente douleur à la région hépatique le décide à consulter le Docteur Casaux.

LE 29 OCTOBRE : P... entre à l'hôpital de Lanessan, avec le diagnostic de « fièvre continue ». Malgré notre insistance à rechercher dans les antécédents des troubles gastro-intestinaux ou hépatiques, le malade affirme n'avoir jamais rien ressenti qui puisse faire soupçonner une constipation coutumière, il se souvient avoir eu parfois des petites débâcles diarrhéiques, insignifiantes et sans lendemain.

A son entrée, le malade est profondément débilité, d'une maigreur extrême, presque cachectique. Les téguments et les muqueuses sont colorés d'une légère teinte subictérique.

A l'inspection de la région hépatique, on découvre une voussure dont le dôme culminant correspond à la 8^{me} côte entre la ligne mamillaire et la ligne axillaire antérieure. L'hémithorax est élargi à sa base, les derniers espaces intercostaux sont effacés avec un redressement marqué de la courbure des côtes correspondantes.

Le foie est légèrement abaissé, sa limite supérieure atteindrait le 6^{me} espace. Il est augmenté de volume,

surtout en son lobe droit, qui déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Il existe un léger œdème de la paroi. Le malade éprouve une gêne respiratoire assez marquée, exagérée dans les mouvements d'expiration forcée.

La rate est volumineuse, elle descend assez bas dans le flanc gauche. On constate quelques frottements pleuraux à la base droite.

La température évolue entre 37° le matin et 39° le soir.

L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier. Il n'existe pas de diarrhée.

30 OCTOBRE : I. *Examen des selles :*

Parasites intestinaux ... négatif.

II. *Examen du sang :*

a) hématozoaires négatif.

b) formule leucocytaire..	}	poly	70
		mono	30
		éosino	0

III. *Examen des urines :*

volume dans les 24 h.... 0,700

albumine 0

chlorures 1,5

dépôt	}	urate d'ammoniaque.	
		phosphate de chaux (quelques cristaux).	
		phosphate ammoniacomagnésien.	
sucré			0

31 OCTOBRE : Le malade est opéré, sous chloroforme, d'un large abcès du lobe droit du foie par les soins du Docteur Ferris, assisté de l'un de nous.

Les jours suivants, après une légère amélioration de l'état général, la température reprend son allure hectique. On institue un traitement au chlorhydrate d'émétine par la voie sous-cutanée. Le total des doses injectées les jours suivants s'élève à 0,30 centigr.

4 NOVEMBRE : 2^{me} *examen des selles* :

recherche des amibes négatif

2^{me} *examen du sang* :

hématozoaire négatif

L'état du malade est inquiétant. Aucun amendement des oscillations thermométriques, si bien que LE 9 NOVEMBRE, soupçonnant une nouvelle collection purulente, on pratique, sous chloroforme, une série de ponctions exploratrices; celles-ci, négatives pour le foie, révèlent la présence d'un épanchement pleural. En effet, il s'écoule de l'aiguille 300 grammes environ d'un liquide citrin souillé, légèrement hémattique.

La cachexie s'accuse chaque jour davantage, et il est bien difficile de noter une amélioration de la plaie opératoire. Les pansements renouvelés deux fois par jour sont abondamment souillés d'un pus crémeux, jaunâtre, contenant des débris éliminés de tissu hépatique. Les deux drains placés le jour de l'intervention sont replacés facilement jusqu'au fond de la cavité.

Il semble qu'il n'y ait aucune tendance à la guérison. En effet, le 11 novembre, les lèvres de la plaie opératoire paraissent irritées à leur périphérie et recouvertes d'un voile opalin que le lavage à la solution iodée ne parvient pas à détacher. Elles ont même une tendance à s'éverser à l'extérieur vers les tissus environnants.

Les jours suivants, avec une rapidité étonnante, l'ulcération s'établit, dans tous les sens à la fois, progressant d'une façon excentrique, si bien que le 18 novembre, c'est-à-dire 7 jours à peine après le début apparent de l'irritation de la plaie, la plaie ulcérée affecte la forme d'une ellipse dont le grand axe correspond à l'incision primitive de l'acte opératoire et dont la surface équivaut environ à celle de la paume d'une main adulte.

LE 24 NOVEMBRE, *le phagédénisme* poursuit ses progrès. La plaie présente l'aspect et les dimensions suivantes : le grand diamètre de l'ellipse dont la direction est parallèle à l'axe des arcs costaux mesure 14 cm., le petit diamètre atteint déjà 10 cm.

Le pansement est souillé d'un pus abondant qui a viré au vert et dont la fétidité se trouve être celle du pyocyanique.

Au centre de l'ulcération est située la plaie opératoire dont la saillie des lèvres a maintenant disparu. Elle se présente sous la forme d'un entonnoir dont le pourtour est constitué par des lambeaux nécrosés des tissus musculo-aponévrotiques voisins.

Un tunnel comblé de pus et de débris éliminés de la glande conduit à l'arrière-fond de l'abcès par un

trajet long de 7 cm. environ. De cet entonnoir, émergent les deux extrémités de la 8^{me} côte réséquée. Elles sont noirâtres, dépouillées de leur périoste, complètement nécrosées sur une longueur moyenne de 4 cm.

Tout autour, en manière d'anneau, s'étale une bande de tissu diphtéroïde, formant croûte, assez épais, sanieux, de coloration grisâtre, fortement adhérent aux plans sous-jacents. A l'exploration instrumentale, la curette effondre la croûte et plonge soudain dans des petits clapiers purulents, peu profonds, qui s'insinuent entre les cloisons aponévrotiques, dans les gaines musculaires au long des deux extrémités costales cariées.

L'extrême périphérie de cette ulcération est faite d'un bourrelet assez saillant, rouge, recouvert par les franges d'un épiderme décollé, blanchâtre, assez semblable à une fine dentelle.

Tout autour, enfin, une zone de lymphangite se diffuse sur tout l'hémithorax droit.

Toute cette vaste plaie est indolore, il faut que la curette s'enfonce profondément sous la croûte diphtéroïde dans la région des tissus d'apparence saine, pour éveiller la sensibilité. Elle n'existe presque plus même au bourrelet d'extension.

Le nettoyage de l'ulcération par ablation aux ciseaux des parties sphacélées ne provoque aucune hémorragie.

Une palpation profonde et attentive ne révèle aucune adénopathie de la région axillaire, ni du groupe mammaire externe, soit à l'amas supérieur, soit à

l'amas inférieur des territoires lymphatiques des deux côtés.

24 NOVEMBRE : Par curetage et en suivant une sévère technique bactériologique, nous prélevons méthodiquement :

- 1° du pus de l'arrière-fond de l'abcès ;
- 2° du pus et des fragments de l'exsudat diphtéroïde ;
- 3° des débris purulents râclés au fond des clapiers ;
- 4° des tissus nécrosés provenant de l'extrême périphérie, au contact même du bourrelet d'extension.

Ces différents prélèvements, recueillis séparément dans des boîtes de Pétri stérilisées, ont été examinés au laboratoire de l'hôpital par le Docteur Gauducheau.

De nombreux examens de chacun de ces prélèvements soit à l'état frais, soit en suivant la technique de coloration humide de Schaudinn ont révélé la présence de nombreuses et très vivaces entamibes, classées généralement sous la dénomination *histolytica* ou *tetragena*. Pour rechercher les germes associés, nous avonsensemencé en bouillon et sur gélose, ces produits purulents, ensemencements qui ont démontré la présence du bacille pyocyanique. Ce même jour, on cautérise profondément au thermocautère toute la surface ulcérée.

En outre, on injecte par voie intra-veineuse, en employant, sans dissolution, des ampoules de 0,04 centigr. de *chlorhydrate d'émétine*.

25 NOVEMBRE : L'état du malade devient pire ; les membres inférieurs, les parties génitales sont œdématisés, le sphincter anal incontinent laisse échapper des selles décolorées, pâteuses : véritable mastic.

Les urines sont notablement chargées de pigments biliaires.

Des plaies de position, de la région lombo-sacrée, des régions scapulaires, d'autres plus petites échelonnées tout au long des crêtes épineuses des vertèbres dorsales font atrocement souffrir le malade.

On pratique une deuxième cautérisation profonde de toute l'ulcération.

Deuxième injection intra-veineuse, sans dilution, de 0,08 centigr. de chlorhydrate d'émétine.

On institue un traitement quinique sous la forme d'irrigations journalières prolongées à 45° avec la solution suivante :

Sulfate neutre de Quinine	10 gr.
Eau de Rabel	q.s.p. dissoudre
Eau bouillie	1.000

A cette date, malgré l'intervention répétée du thermocautère, l'ulcération ne présente aucune tendance à se limiter; elle s'est agrandie, acquérant 16 cm. dans son grand axe, sur 12 cm. de petit diamètre.

27 NOVEMBRE : L'état cachectique progresse : le malade est d'une effroyable maigreur. L'œdème des membres inférieurs et des parties génitales augmente, au point qu'il y ait une impossibilité fonctionnelle complète de toute la partie antérieure du corps.

Il s'est formé, sous le talon, aux points de pression, deux petits hématomes, les escarres sacrées et dorsales sont profondes et d'une fétidité extrême.

L'appareil pulmonaire est inquiétant. Il semble que l'épanchement ait une tendance à se renouveler.

A l'auscultation, on trouve déjà des signes de congestion hypostatique aux deux bases.

Les bruits du cœur sont sourds, voilés, assez mal frappés. La température oscille entre 37° et 38°.

28 NOVEMBRE : 3^{me} examen des selles :

Recherches des amibes ... négatif

Examen des urines :

Dépôt pus et hématies, pigment biliaire.

Toutefois, l'ulcération a meilleur aspect ; l'exsudat diphtéroïde s'est desséché, le bourrelet s'est un peu affaissé, les téguments voisins sont à peine colorés, la peau se ride et paraît comme flétrie.

L'écoulement est moins abondant, moins fétide ; on nettoie assez facilement la plaie par ablation aux ciseaux des lambeaux sphacelés.

Cinquième injection intra-veineuse de chlorhydrate d'émétine ; lavage bi-quotidien de l'ulcération à la solution de quinine.

29 NOVEMBRE : L'état général demeure stationnaire. Les plaies de position, malgré les soins prodigués, s'agrandissent chaque jour. Estimant qu'elles ont pu être souillées par les matières fécales, nous prélevons des débris purulents des escarres, les plus proches de l'anus. La recherche bactériologique des amibes y est négative.

Le malade se plaint de bourdonnements d'oreille qui l'incommodent. Ces sensations sont accompagnées d'une certaine surdité, au point qu'il faille élever la voix pour qu'il perçoive les sons. L'ulcération présente une notable amélioration dans toutes ses parties. La bande diphtéroïde s'est transformée en une croûte parcheminée sèche, qui, en se rétractant en plusieurs points à la périphérie de l'ulcération, laisse apercevoir un fond encore sanieux, il est vrai, mais présentant par endroits des petits îlots de bourgeons charnus.

Le pourtour de l'entonnoir, vestige des lèvres de l'incision opératoire, en maintes places a pris, entre des franges de tissus encore purulents, une teinte rosée. Ces néoformations saignent facilement sous la pince qui prélève les parties nécrosées. Les parois du tunnel qui conduit à la cavité de l'abcès hépatique, ont tendance à se réunir pour combler le trajet qu'un seul drain mis en place remplit.

Tous les téguments de l'hémithorax ont repris leur coloration normale. Le bourrelet lymphangitique n'existe plus. Il semble que la plaie est en bonne voie de guérison.

30 NOVEMBRE : On procède à de nouveaux prélèvements; pas une seule fois la présence des parasites n'est révélée.

L'amélioration macroscopique de la plaie semblerait coïncider avec la disparition totale des amibes.

Les premiers symptômes d'intoxication quinique sont plus manifestes. Le malade souffre d'une surdité bien marquée, accompagnée de bourdonnements

d'oreille. Une légère sensation d'ivresse avec quelques fois des vertiges vient encore l'incommoder.

L'état général cependant s'aggrave. Vers les 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un violent frisson. La température s'élève dans la nuit.

1^{er} DÉCEMBRE : Les signes pulmonaires sont prédominants, les deux bases fortement congestionnées. Un abondant épanchement remplit le cul-de-sac pleural droit, remontant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Une toux assez fréquente brise les forces du malade qui inspire les plus graves inquiétudes. Pouls 120, température 39°5; les bruits du cœur sont irréguliers, presque indistincts.

2 DÉCEMBRE : Aggravation de tous les signes pulmonaires; la température s'élève, le cœur défaille et le malade s'éteint vers midi après un court coma.

AUTOPSIE : Faite 24 heures après la mort.

Aspect du cadavre. — La cachexie est extrême, l'œdème des membres inférieurs remonte en botte jusqu'aux mollets; œdème des parties génitales. Le ventre est ballonné et parsemé de taches verdâtres aux flancs. La région dorsale est pleine d'escarres de différentes grandeurs dues au décubitus dorsal prolongé, et siégeant à la région sacrée, à la région scapulaire droite et gauche; d'autres, plus petites, s'échelonnent tout le long de la crête épineuse de la colonne vertébrale.

La plaie thoracique située sur l'hémithorax droit affecte la forme générale d'une ellipse à grand axe, dirigé en avant et en haut suivant la direction générale de la 8^{me} côte réséquée. Elle n'a aucune profon-

deur, n'intéressant que les téguments ou les couches superficielles, tout au moins dans sa plus grande partie.

Une escarre noirâtre d'environ 4 cm. entoure la plaie opératoire qui serait le centre de l'ellipse. Cette escarre annulaire, noirâtre, prise à la pince, se détache en masse, assez facilement, des plans sous-jacents, mettant à nu un fond sanieux verdâtre, poinçonné de petits bourgeons charnus rouges. Un peu partout, disséminés dans toute cette surface purulente, des petits clapiers peu profonds s'insinuent entre les divers tissus du plastron costo-musculo-aponévrotique. Au centre, la plaie opératoire limitée à ses deux angles postérieurs et antérieurs par les deux extrémités costales, maintenant complètement nécrosées, donne accès, par un tunnel long de 5 cm. environ, au fond de l'abcès hépatique.

A l'ouverture de la cage thoracique, il s'épanche une assez grande quantité de liquide purulent, qui comblait les deux culs-de-sac pleuro-diaphragmatiques.

La base du poumon droit est recouverte d'un enduit blanc, crémeux, assez adhérent.

La plèvre est intimement liée à la paroi costale d'une part, au diaphragme de l'autre, surtout à droite et en avant, par de multiples adhérences que l'on excise pour éviscérer en bloc le contenu de la cavité thoracique. Les deux poumons sont fortement congestionnés; à la coupe, ils présentent, surtout le droit, de la base vers le sommet, tous les stades de l'hépatisation pneumonique. Poids global : 1 kg. 270.

Cœur : Le cœur est gros, flasque, recouvert d'une épaisse gelée graisseuse; sur sa face antérieure, les ventricules et les oreillettes n'ont rien de particulier; le myocarde est gros et sans consistance.

CAVITÉ ABDOMINALE.

Foie : Le foie est volumineux, surtout en son lobe droit. Il est fortement adhérent au diaphragme par presque toute sa face convexe, à la paroi costale par son bord inférieur (côté droit) jusqu'au niveau de la cavité de l'abcès. Celle-ci est assez profonde, pouvant contenir une mandarine. Les parois sont formées d'une coque anfractueuse épaisse, grisâtre, d'où se détachent des lambeaux sphacelés de tissu hépatique. La coloration de toute la capsule de Glisson est blanc grisâtre.

La vésicule biliaire est dilatée, molle, diffluyente; à l'excision, elle laisse écouler environ 20 cm³ d'un liquide laiteux, purulent.

Par une série de coupes transversales, attaquant le foie par son petit diamètre, et en allant du lobe droit vers le lobe gauche, nous trouvons en plein tissu hépatique, assez rapproché cependant de la face diaphragmatique du lobe droit, un petit abcès ramolli de la grosseur d'une noisette. Cet abcès contenait un liquide purulent, non fétide, sans caractère spécial.

Dans le lobe gauche, le couteau grince sur un noyau résistant, assez semblable à un vieux chicot de dent, fortement adhérent au tissu hépatique environnant, d'aspect crétacé et de la grosseur d'un haricot.

En allant du lobe droit vers le lobe gauche, on constate que le tissu glandulaire est grasseux puis prend de plus en plus un aspect carnisé.

Poids du foie et de la vésicule : 1 kg. 800.

La rate, jaunâtre, ardoisée par endroits, est volumineuse, très friable, se transformant à la moindre pression des doigts en une bouillie sanguine. Elle est très adhérente aux parois de sa loge et son extirpation est très difficile. Poids : 0 kg. 710.

Pancréas : gris et congestionné. Poids : 0 kg. 190.

Reins : rien à signaler.

Estomac : très dilaté et pâle.

Intestin grêle : pâle également.

Gros intestin : abondamment rempli de matières fécales décolorées, mais, malgré nos soins extrêmes, nous n'avons pu y découvrir aucune lésion; pendant ces différentes observations, nous avons fait des prélèvements divers qui ne nous ont pas permis de constater la présence d'amibe, sur aucun organe et en aucun point de l'ulcération cutanée.

Notre observation, en elle-même, est assez semblable à celles qui ont été déjà publiées.

La présence d'Entamibes nombreuses, vivaces, dans toutes les parties de la vaste ulcération, leur disparition totale et définitive coïncidant avec un arrêt du processus phagédénique et un début de restauration démontrent pour nous que l'action destructive leur est imputable.

Observation de Heimbürger

Amibiase cutanée (1925)

L'infection amibienne de la peau est extrêmement rare et quelques cas ont été seulement rapportés dans la littérature anglaise.

Il s'agit, le plus souvent, d'une ulcération de la paroi abdominale, consécutive à la rupture d'un abcès du foie.

Un Chinois de 39 ans atteint de dysenterie chronique depuis 7 ans, présenta une tuméfaction douloureuse et chaude de la paroi abdominale droite ; la peau s'ulcéra et donna issue à un pus abondant, brunâtre, teinté de sang. Il persista une *vaste ulcération* cutanée longue de 6 cm. et large de 4, à bords indurés et éversés à fond irrégulier, recouvert de tissu nécrotique et de pus épais, brunâtre, sanguinolent, contenant des amibes.

La lésion guérit rapidement à la suite d'injections d'émétine; après la 6^{me}, le pus ne contenait plus d'amibes. Il est à noter que des pansements antiseptiques forts (formol à 40/100) appliqués par le malade n'avaient en rien modifié la vitalité des amibes.

CHAPITRE III

Les localisations exceptionnelles de l'Amibiase cutanée

A la suite de ces cas relativement nombreux et connus depuis assez longtemps, viennent s'ajouter quelques très rares observations. Nous n'avons trouvé, dans la littérature, que celles des Docteurs Engmann et Heithaus. Heureusement il en est une très complète, celle du Professeur Favre, qui contribuera certainement à améliorer la connaissance de ces lésions très extraordinaires.

Observation de Engmann et Heithaus (Saint-Louis)

Amibiase cutanée (1920)

Les amibes peuvent déterminer des lésions cutanées ulcéreuses ainsi qu'il résulte des observations rapportées par les auteurs.

Le cas le mieux étudié a trait à un enfant de 5 ans, arrivé à l'hôpital dans un état lamentable de cachexie, émacié, et présentant de larges ulcérations multiples, l'une à la face antérieure du cou, de 2 cm. 5 de diamètre; une autre, de 15 cm. de diamètre, occupait la surface antérieure gauche du thorax et de l'abdomen; un troisième ulcère de 8 cm. de diamètre siégeait à la fesse gauche; il en existait d'autres de 6 à 8 cm. de diamètre sur la face externe des jambes.

Ces ulcérations reposaient sur une base brunâtre, indurée; les bords étaient irréguliers, épaissis, serpigneux. Au centre des ulcérations, existaient des îlots de peau recouverte d'épithélium. Le processus s'étendait exclusivement à la peau, il n'atteignait pas le muscle.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'enfant eut de la diarrhée sanglante et muqueuse; l'examen des selles révéla la présence d'amibes. 7 jours après son arrivée à l'hôpital, le malade présenta des signes pulmonaires; on nota une diminution de la sonorité en arrière et à gauche et une ponction exploratrice ramena un peu de pus grisâtre ne contenant pas de bacilles de Koch. La température s'élevait à 40°; le nombre des leucocytes était monté à 33.000. Les crachats ne renfermaient pas de bacilles tuberculeux.

La présence d'amibes dans les selles incita à les rechercher dans le pus des ulcérations cutanées; en effet, on les trouva non seulement dans le pus cutané, mais également dans le pus thoracique.

L'enfant qui était alors presque moribond, fut soumis au traitement par l'émétine. La diarrhée cessa; le nombre des leucocytes tomba de 33.000 à 11.000. Mais les modifications les plus remarquables furent celles des ulcérations: le pus disparu, des îlots d'épithélium apparurent à la surface et s'étendirent rapidement. L'appétit revint et le petit malade augmenta de poids.

Malheureusement cette amélioration fut de courte durée et, malgré le traitement par l'émétine, la quinine, l'ipéca, la mort survint. A l'autopsie, on trouva une colite ulcéreuse, une broncho-pneumonie, une dégénérescence graisseuse du foie et une dégénérescence parenchymateuse des reins.

Il est probable que l'infection cutanée a été produite par une auto-infection. L'enfant, atteint de dysenterie amibienne avait présenté, peu de temps avant, de l'impétigo; il avait dû infecter les lésions impétigineuses avec ses mains ou ses ongles chargés d'amibes. Quant à l'infection pleurale, elle est sans doute due à des métastases.

Les auteurs ne purent préciser la classification de l'amibe observée dans ce cas. Mais les diverses inoculations aux animaux avec le pus pleural ou cutané furent négatives.

W... et B... rapportent un DEUXIÈME CAS d'ulcération cutanée étendue à la moitié gauche de l'abdomen chez un homme de 34 ans. La lésion ressemblait parfaitement à une blastomycose cutanée; mais aucun blastomyces ne put être décelé dans le pus. Comme le malade avait souffert autrefois de dysenterie

amibienne, les auteurs pensent qu'il s'agit également dans ce cas d'une ulcération causée par les amibes, sans d'ailleurs en fournir la preuve.

Dans un TROISIÈME CAS il s'agit d'un homme de 29 ans présentant une lésion cutanée ressemblant à une tuberculose verruqueuse ou à une dermatite staphylococcique chronique avec épaissement cutané. Dans les pustulettes, on retrouva des corps amiboïdes analogues à ceux du premier cas. Les injections hypodermiques d'émétine amenèrent une guérison rapide.

Un cas d'ulcération amibienne péri-anale (1927)

L'observation que nous rapportons, mise à notre disposition par le Professeur Favre est un cas d'ulcération cutanée péri-anale chronique. De part sa localisation tout au moins, nous le croyons le seul de son espèce.

Observation

DIAGNOSTIC RÉSUMÉ. — Ulcération cutanée péri-anale chronique, en évolution depuis 6 ans chez un malade atteint de troubles intestinaux attribués à une entérite banale, mais relevant en réalité d'une dysenterie amibienne autochtone.

Echec complet des thérapeutiques tentées pour la cure des lésions cutanées.

Constatation dans l'exsudat de la plaie de très nombreuses amibes dysentériques.

Guérison très rapide de l'ulcération cutanée jusqu'à rebelle par les injections d'émétine; échec du Néo Salvarsan intra-veineux.

C... Jean, 53 ans, tailleur de pierres, entre le 16 avril 1926 à l'Hôtel-Dieu, dans le Service du Docteur Favre, où il est envoyé par le Professeur Tixier, qu'il est venu consulter pour une ulcération péri-anale douloureuse datant de plusieurs années. Deux interventions chirurgicales ont été antérieurement pratiquées sans résultat. Avant d'intervenir à nouveau, le Professeur Tixier, frappé de l'aspect de la lésion, demande qu'elle soit minutieusement étudiée et l'adresse, dans ce but, dans le Service.

C... est un homme d'aspect assez vigoureux, dont l'interrogatoire révèle des faits qui retiennent bientôt l'attention. Il souffre en effet depuis longtemps de troubles intestinaux qui ont précédé l'apparition de l'ulcération anale et sur lesquels on s'est jusqu'ici contenté de placer le qualificatif de « *troubles entériques* ». On apprend cependant, en interrogeant le malade, que cette prétendue entérite était caractérisée par l'émission de selles glaireuses sanglantes; qu'il existait des phases où s'exagéraient le ténesme, les douleurs abdominales, la fréquence des émissions de glaires et de sang.

Il est à noter que le malade mobilisé pendant la guerre, n'a jamais quitté la France. Il reconnaît avoir fait quelques excès éthyliques, mais dit n'avoir jamais eu la syphilis,

Il y a 6 ans, quelques mois après le début des troubles intestinaux, apparaît, dans la région péri-anale une ulcération qui s'agrandit progressivement ; elle provoque d'abord d'assez vives démangeaisons, puis bientôt s'accompagne de douleurs véritables qui s'exagèrent et deviennent très violentes aux moments des selles. Pendant la période où les troubles dysentériques redoublaient d'intensité, l'ulcération cutanée était le siège de douleurs assez vives pour arracher des cris au malade.

Pour guérir les troubles intestinaux, on soumet le malade au régime; il en résulte un amaigrissement de 10 kgs environ, sans aucune amélioration de l'état intestinal. Quant à l'ulcération, le malade consulte plusieurs médecins et applique, sans succès, sur la plaie, des solutions et des pommades diverses.

En 1921, il demande l'avis d'un chirurgien qui l'opère; on ne peut savoir au juste en quoi consista l'intervention, dont le malade dit qu'elle soulagea les douleurs pendant près de six mois, mais sans que la plaie se soit cicatrisée. Peu à peu, les douleurs reprennent.

Deux ans après, le malade voit un autre chirurgien qui, de nouveau, l'opère; aucune cicatrisation ne s'ensuit. C... continue à présenter des douleurs très vives à chaque défécation; l'ulcération persiste, siège de vifs lancements; les troubles intestinaux, les émissions de glaires sanglantes continuent parallèlement. C'est à ce moment que le malade vient demander un conseil à l'Hôtel-Dieu et qu'il entre dans le service du Professeur Favre,

Le malade est porteur de lésions péri-anales qui, intéressant l'anus lui-même, se prolongent surtout dans la région rétro-anale. La surface qu'elles occupent n'est pas très étendue; elle est à peu près circulaire : son diamètre est de 6 à 7 centimètres environ. Lorsqu'on l'examine, en développant autant que le permettent les réactions douloureuses du malade le pli fessier, on est en présence d'une lésion ulcéreuse, semée d'îlots blanchâtres qui, au premier abord, rappelle une leucoplasie ulcérée. Cet ulcère chronique est bourgeonnant, recouvert d'un exsudat puriforme assez abondant, il est très douloureux. La manœuvre de déplissement du pli fessier provoque chez le malade de vives manifestations de douleur. Lorsqu'on déterge l'ulcération; on constate que les îlots blanchâtres sont constitués par des *bourgeons assez saillants*; ces bourgeons sont épidermisés, l'épiderme qui les recouvre est blanchâtre; ces bourgeons s'élèvent irrégulièrement au-dessus de l'ulcération qui les entoure.

Il est à noter que la palpation de la région ulcéreuse la révèle sous-tendue, d'une *induration en* forme de disque; elle a de ce fait une consistance cartonnée; l'orifice anal proprement dit est accidenté par de petits condilomes partiellement ulcérés, de consistance ferme, il n'existe nulle part de fistule; vers le haut du pli fessier on trouve une petite lésion ulcéreuse isolée, cratériforme, du volume d'un chancre mou moyen; ses bords sont durs comme ceux d'un petit ulcus rodens.

Le toucher rectal, douloureux, montre que le seg-

ment anal proprement dit est induré, rigide, la muqueuse est fixée en arrière sur les plans profonds. Le malade déclare cependant qu'il n'est pas obligé de faire de grands efforts pour aller à la selle.

L'examen de C... ne décèle par ailleurs aucun fait pathologique important; l'examen viscéral est négatif; l'examen général est bon; le malade n'a pas de fièvre, il n'existe pas de ganglions dans les régions inguinales.

En présence de telles lésions, un diagnostic clinique était difficile à poser sans les secours des méthodes de laboratoire; l'aspect leucoplasiforme des lésions fit d'abord instituer un traitement d'épreuve malgré le caractère négatif des réactions sérologiques. Le malade fut soumis à une cure arséno-benzolique poussée jusqu'à la dose de 0,90 cgt. sans aucune modification de l'ulcération cutanée.

Le diagnostic de syphilis écarté, une inoculation au cobaye fut pratiquée avec le produit de raclage de l'ulcération; l'autopsie de l'animal devait démontrer par la suite l'absence de toute lésion de tuberculose expérimentale. Une biopsie est faite de l'élément isolé chancriforme décrit dans l'observation; nous reviendrons plus loin sur son examen histologique.

La notion des troubles intestinaux rappelant les manifestations de la dysenterie amibienne, nous incite à examiner à l'état frais les produits de raclage de l'ulcération cutanée: cet examen nous montre *la présence dans cet exsudat d'amibes en grand nombre, très facilement visibles, parfaitement mobiles,*

renfermant dans leur protoplasma des inclusions et particulièrement des globules rouges parfois nombreux. Pour assurer l'identification des parasites qu'il vient de découvrir M. Favre fait appel au concours de M. Morenas, chef de laboratoire de parasitologie ; voici la note qu'il a bien voulu nous remettre.

EXAMEN PARASITOLOGIQUE. — « L'ulcération cutanée présente dans ses produits d'exsudation de nombreuses amibes très mobiles, la différenciation entre l'endoplasme et l'ectoplasme est d'une extrême netteté; l'endoplasme renferme de nombreuses inclusions, entre autres des globules rouges ou des débris de globules rouges; le noyau est périphérique et peu visible. Ces caractères permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une façon certaine de l'*amœba dysenterix*, ou *amœba histolytica*. Il est à noter que l'exsudat ne renferme aucun autre élément parasitaire et spécialement qu'il ne contient aucun parasite spirillaire. »

Ces constatations, d'un intérêt capital, allaient permettre d'instituer un traitement rationnel. Le malade reçoit, du 11 au 18 juin 1926, 0,40 centig. d'émétine en injections sous-cutanées. En même temps, on saupoudre chaque matin l'ulcération de novarsenobenzol.

16 JUIN 1926 : La plaie s'est transformée avec une rapidité extrême, il y a peu de jours encore elle était suppurante, très douloureuse, elle avait résisté à tous les traitements; c'est pour ainsi dire immédiatement que, dès l'application du traitement par l'émétine, la suppuration a diminué pour disparaître.

tre aujourd'hui complètement. Les bourgeons sont affaissés, la douleur a complètement disparu; on peut aujourd'hui facilement faire un toucher rectal. On éprouve seulement dans la zone sphinctérienne une résistance anormale, surtout en arrière; on a la sensation d'un sphincter plus dur que normalement, mais les lésions sont beaucoup moins étendues que dans d'autres formes de rétrécissement inflammatoire ano-rectal; la rigidité est purement sphinctérienne : il n'existe pas de péri-rectite, de cellulite inflammatoire développées autour du canal anal.

17 JUIN 1926 : Le Professeur Cade a bien voulu pratiquer chez notre malade un examen rectoscopique, rendu possible par la disparition à peu près complète des douleurs; cet examen permet de constater une abondance anormale de glaires à la surface de la muqueuse rectale qui présente en certains points une rougeur très marquée. Nulle part on ne constate d'ulcération.

11 JUILLET 1926 : On a complété le traitement par une nouvelle série d'injections d'émétine, et par l'emploi de suppositoires d'arsénobenzol; l'ulcération péri-anale est complètement guérie depuis plusieurs jours.

4 OCTOBRE 1926 : Le malade vient donner de ses nouvelles à l'Hôtel-Dieu. La cicatrisation des lésions est absolument parfaite, le toucher rectal permet de constater encore une résistance anormale de la région sphinctérienne et de sentir à la partie postérieure du canal anal de l'épaississement et de petites nodosités dans la muqueuse; rien ne rappelle d'ail-

leurs ici le véritable rétrécissement inflammatoire du rectum. L'état général est excellent, le syndrome dysentérique persiste cependant à l'état atténué.

Le malade a été revu au mois d'avril 1927; l'état cutané est parfait, il existe encore quelques troubles intestinaux, mais le malade suit de la façon la plus irrégulière le traitement qui lui a été prescrit. La santé de C... est par ailleurs excellente.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.— Une biopsie a été faite d'un petit élément ulcéreux, isolé, véritable chancrelle amibienne décrite dans l'observation; le fragment fixé par la méthode de Bouin a été traité par les méthodes histologiques usuelles.

L'examen de la préparation à un petit grossissement montre une inflammation s'étendant à toute la profondeur du fragment cutané prélevé. Sur une partie de son étendue, ce fragment est privé de son épiderme et largement ulcéré. Mais il est à noter que, même à un petit grossissement, dans la zone ulcéreuse, persistent des lambeaux de cellules épidermiques sur lesquels nous aurons à revenir. L'abondance des globules rouges et le degré marqué de congestion vasculaire sont également les faits qui frappent en parcourant la coupe à ce grossissement. Signalons aussi que dans le réticulum fibrineux en voie d'organisation qui surmonte la zone d'ulcération, on voit facilement à ce grossissement (oculaire comp. Zeiss n° 4, objectif 8) des corps arrondis, granuleux, par places très nombreux, serrés parfois à la façon des éléments d'une mosaïque : ce sont des amibes typiques. Sur les bords de l'ulcération, on

constate un épaississement des couches épidermiques.

Deux autres faits histologiques très significatifs peuvent être également relevés à ce grossissement. Sur de nombreuses coupes, on constate l'existence de pertes de substance épidermique, qu'il faut qualifier d'histologiques pour les distinguer des larges ulcérations proprement dites. Dans les points dont nous parlons, l'épiderme a disparu enlevé par un emporte-pièce sur une surface très réduite; au fond de ces ulcérations microscopiques circulaires, le derme est à nu, recouvert d'un réticulum fibrino-cruorique, au sein duquel les corps amibiens abondent. C'est à cette lésion très curieuse que M. Favre propose de donner le nom de PORODERMIE AMIBIENNE. L'élément de Porodermie développé à distance des larges ulcérations, apparaît en pleine continuité d'un épiderme qui ne présente autour de lui qu'une légère réaction d'hyperplasie inflammatoire.

Un second fait, non moins important, tient dans la constatation, dans le derme sous-papillaire, *à distance de toute ulcération cutanée de véritables colonies amibiennes; c'est la migration amibienne profonde à distance de l'ulcère.*

En somme, les faits que l'examen à un faible grossissement permet de relever sont, répétons-le :

- 1° L'inflammation dermique étendue;
- 2° La congestion très marquée du système vasculaire;
- 3° La présence de larges ulcérations recouvertes

d'exsudats fibrino-cruoriques dans la trame desquels les amibes abondent;

4° L'existence d'ulcérations très circonscrites, épidermo-dermiques taillées comme à l'emporte-pièce dans la continuité de l'épiderme (porodermie amibienne);

5° Le développement de colonies amibiennes intra-dermiques à distance de toute ulcération (migration amibienne profonde).

Il reste à étudier à un *grossissement plus fort* certains détails des lésions.

Les altérations épidermiques ne présentent, à un fort grossissement, aucun caractère digne d'être particulièrement relevé : ce sont des lésions d'acanthose sans caractère spécial. Signalons cependant la présence de nombreux leucocytes en voie de migration dans cet épiderme et spécialement de leucocytes éosinophiles. En ce qui concerne l'infiltrat dermique, notons : sa richesse en cellules plasmatiques qui constituent, sur des champs étendus, de véritables plasnomes denses. Aux cellules plasmatiques se joignent des cellules éosinophiles particulièrement nombreuses dans la région sous-jacente à l'ulcère. On les rencontre aussi en abondance autour des vaisseaux; ce sont pour la plupart des polynucléaires éosinophiles, mais il existe aussi des cellules plasmatiques oxyphiles, d'ailleurs moins abondantes.

L'étude des amibes n'offre à ce fort grossissement aucune particularité notable, c'est surtout à l'état frais, puis sur des frottis colorés à l'hématoxyline,

que nous avons étudié les caractères des parasites amibiens et établi les bases de leur identification; signalons toutefois sur les coupes, l'abondance des inclusions globulaires dans ces amibes. Notons enfin que, dans la profondeur des ulcérations, il est commun de retrouver de-ci de-là, de petits lambeaux de cellules épidermiques que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer aussi nettement dans les nombreux cas d'ulcérations cutanées que nous avons étudiés jusqu'ici.

CHAPITRE IV

La lésion Le pouvoir pathogène de l'amibe

De l'étude de ces observations, dont beaucoup se ressemblent trait pour trait, il résulte qu'aucun caractère vraiment distinctif, aucune marque propre ne caractérisent ces ulcérations parasitaires, ne permettant en aucun cas d'en soupçonner l'origine et d'en faire le diagnostic différentiel; il devra s'étayer sur les données du laboratoire bien plus que sur les caractères cliniques.

En comparant les descriptions données précédemment, nous pensons pouvoir rattacher ces lésions à deux types anatomo-pathologiques distincts.

I. — LÉSION ULCÉREUSE SIMPLE

Ulcère de forme arrondie, régulière, constitué par une bande de gangrène, entourant d'un cercle plus ou moins régulier une plaie opératoire. La jonction

de cette zone de sphacèle avec l'épiderme voisin se fait suivant un liseré de couleur plus vive. Autour de ces lésions centrales on observe une induration assez marquée de la peau plus ou moins pigmentée.

II. — LÉSION ULCÉRO-PAPILLOMATEUSE

Disséminés au milieu d'un ulcère analogue à celui que nous venons de décrire, s'élèvent des bourgeons fermes, saillants, à sommets blanchâtres, coiffés d'épiderme; ces bourgeons sont entourés par les prolongements irréguliers de la zone ulcéreuse.

Mais nous répétons qu'il nous semble impossible de faire le diagnostic sur ces seules données. Les antécédents du malade et surtout les examens de laboratoire pourront seuls confirmer notre hypothèse. *La présence d'amibes dans les produits de raclage nous apportera seule la preuve de la nature parasitaire de la lésion.*

Le pouvoir pathogène de l'amibe nous paraît suffisamment bien établi pour que nous n'ayons pas à nous étendre longuement à ce sujet. Une seule objection pourrait nous être faite : « DANS CES DIVERS CAS, NE S'AGIT-IL PAS D'ULCÉRATION BANALE INFECTÉE D'AMIBES VENUES DE L'INTESTIN PLUTOT QUE D'ULCÉRATION AMIBIENNE VRAIE ? ». Elle ne saurait résister aux arguments décisifs que nous lui opposons :

1° Une ulcération banale n'aurait pas LA FIXITÉ que nous relevons dans certains cas (ulcération chronique durant depuis plusieurs années),

2° LA PRÉSENCE DANS LE DERMES SOUS-PAPILLAIRE DE COLONIES AMIBIENNES, SOUS UN ÉPIDERME INTACT et à DISTANCE DE TOUTE ULCÉRATION ne saurait se voir dans une lésion où les amibes ne seraient que des hôtes accidentels.

3° LA PRÉSENCE CONSTANTE DES PARASITES pendant toute l'évolution du processus phagédénique ne s'observerait pas dans ce cas.

4° Et enfin la CICATRISATION RAPIDE, la guérison immédiate de l'ulcère PAR LES INJECTIONS D'ÉMÉTINE nous apporterait à elle seule, s'il en était besoin, la preuve que nous recherchons.

A la fin de ce travail on peut se demander *pourquoi l'amibe ne donne pas plus fréquemment ces lésions cutanées*. Les divers auteurs qui se sont occupés de la question émettent différentes hypothèses :

Pour les uns ce serait l'*affaiblissement général de l'individu* qui serait seul en cause, pour les autres les *associations microbiennes* (à noter que dans la plupart des cas rapportés plus haut il n'y avait aucune association de ce genre) : le Docteur Gauducheau écrit dans le *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine* : « Je pense que si certains virus amibiens sont doués d'une activité supérieure, la cause de cette virulence doit être recherchée dans la nature de l'association de l'amibe avec la bactérie plutôt que dans une distinction spécifique du protozoaire. Autrement dit, si les amibes se montrent douées d'une grande activité dans certains cas, ce n'est pas parce qu'elles appartiennent à une

espèce particulière, mais bien parce qu'elles sont associées favorablement. »

A notre avis, si les observations d'amibiase cutanée sont encore aussi rares, il y a pour cela diverses causes; pour qu'une ulcération de cet ordre se crée, il faut tout d'abord que *l'état général du malade soit déficient*; ce qui expliquerait que presque toutes soient secondaires à des abcès du foie. On sait combien ces anciennes opérations d'hépatite suppurée étaient choquantes pour le malade.

Il faut ensuite que la peau n'ait pas sa résistance normale, nous pensons que le plus souvent l'ulcération ne se crée qu'à la suite d'une lésion cutanée d'ordre quelconque : plaies opératoires, lésions de grattage, comme dans le cas rapporté par Engmann et Heithaus.

En effet, si l'action destructive de l'amibe peut facilement s'exercer sur des tissus peu compacts comme l'intestin, il n'en va pas de même pour la peau où elle rencontre, dans les couches épidermiques intactes comme dans la solide armature de la membrane conjonctive dermique, une particulière résistance.

Mais il est peut-être une autre cause pour laquelle les cas d'amibiase cutanée restent rares ; il en est peut-être pour elle comme pour bien des maladies considérées longtemps comme exceptionnelles et qui, plus tard, mieux connues, se sont révélées beaucoup plus fréquentes. Et si on ajoutait comme pratique courante de laboratoire dans les cas d'ulcération cutanée la recherche des amibes, on verrait peut-être

s'accroître singulièrement le nombre de ces lésions ulcéreuses.

Les deux observations de A. Carini, publiées à six mois d'intervalle, ne nous incitent-elles pas à écrire cela ! Le Professeur Favre ne nous dit-il pas que lui-même a eu l'impression, il y a quelque temps, d'avoir peut-être laissé échapper un cas d'amibiase cutanée. « Il s'agissait d'un malade ayant un long passé dit « entéritique », chez lequel étaient survenus des accidents d'obstruction intestinale pour lesquels on avait fait d'urgence un anus contre nature. Les accidents s'étaient améliorés, la fistule fermée, mais il s'était développé sur la paroi une curieuse ulcération progressive, phagédénique. » La recherche des amibes eût-elle été négative ?

CONCLUSIONS

I. — Les lésions produites sur la peau et sur les muqueuses malpighiennes par l'amibe dysentérique sont considérées jusqu'ici comme fort rares.

II. — Ce parasite, qui produit des lésions ulcéreuses profondes sur d'autres muqueuses, trouve dans la peau et les muqueuses ectodermiques des conditions qui rendent sa fixation difficile, ne lui permettant pas de développer aussi facilement son pouvoir destructeur et histolytique.

III. — Des différentes localisations cutanées de l'amibe dysentérique, la plus connue est celle qui a pour siège la paroi abdominale et qui s'y développe à la suite de l'ouverture, soit spontanée, soit chirurgicale, d'un abcès du foie. L'amibiase cutanée peut, en semblables circonstances, créer de vastes ulcérations à marche progressive, véritable phagédénisme amibien.

IV. — Ces accidents étaient relativement fréquents autrefois, avant le traitement par l'émétine. La grande extension que prenaient les lésions doit être attribuée à la déchéance organique des malades at-

teints d'une suppuration grave et à l'atteinte de l'organe important qu'est le foie.

V. — Les localisations extra-abdominales sont considérées comme exceptionnellement rares. Nous rapportons un cas d'ulcération cutanée amibienne de la région péri-anale; nous n'avons trouvé aucun autre cas semblable dans la littérature que nous avons pu consulter.

Cette ulcération chronique qui datait de plusieurs années a guéri en quelques jours par l'administration d'émétine.

VI. — Son étude histologique a montré des lésions intéressantes dont deux doivent être particulièrement retenues; ce sont : La migration profonde des amibes dans le derme à distance de toute ulcération et l'existence de petites ulcérations épidermo-dermiques microscopiques (porodermie amibienne).

VII. — Dans le cas que nous avons observé, l'étude des caractères cliniques de l'ulcération ne révélait aucune particularité qui mérite d'être signalée et dont on puisse, dans l'avenir, faire état pour établir le diagnostic de semblables cas.

Nous avons été mis sur la voie du diagnostic par l'existence, chez notre malade, d'antécédents intestinaux dont les caractères et l'évolution étaient ceux de la dysenterie amibienne. De tels antécédents peuvent manquer, le plus sûr est donc de faire, dans les cas d'ulcération cutanée chronique de diagnostic difficile, la recherche des amibes pathogènes.

VIII. — Il est possible que, pratiquée systématiquement, cette recherche des parasites montre que l'amibiase cutanée est moins rare qu'il n'est jusqu'ici convenu de l'admettre.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 Octobre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- F. BASSÈRES. — Phagédénisme cutané amibien post-opératoire. *Archives de médecine et pharmacie militaire*, 1911, p. 256.
- BRUMPT. — *Traité de pathologie*, p. 34.
- A. CARINI. — Un cas de phagédénisme cutané amibien. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 17 mars 1912, p. 355.
- A. CARINI. — Encore un cas de phagédénisme cutané amibien. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, octobre 1912.
- DAGORN et HEYMANN. — Abscess amibien du foie suivi de phagédénisme de la plaie opératoire et d'abscess cutané amibien. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, octobre 1912, p. 518.
- DARIER. — Phagédénisme, *Précis de dermatologie*, p. 271.
- ENGMANN et HEITHAUS. — *The Journal of cutaneous Diseases* (Chicago), T. XXXVII, n° 11, novembre 1919, analysé dans la *Presse Médicale* du 10 janvier 1920, p. 32.
- GUIART. — *Parasitologie*, p. 124.
- HEIMBURGER. — Amibiase cutanée. *Arch. of Dermatology and Syphilology*, T. XI, n° 1, janvier 1925. Analysé in *Presse Médicale* du 9 mai 1925, n° 37, p. 99.
- HEYMANN et RICOU. — Un cas de phagédénisme cutané amibien. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine*, 23 janvier 1916, p. 64.
- KELSCH et KIENER. — *Traité des maladies des pays chauds*, p. 208.
- A. LE DANTEC. — *Précis de pathologie exotique*, p. 125.
- MÉNÉTRIER et TOURAINE. — Phagédénisme cutané amibien. *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 juin 1908, p. 905-914.

TABLE DES MATIERES

Introduction ..	9
<i>Chapitre premier.</i> — Amibiase cutanée	11
<i>Chapitre II.</i> — Les localisations habituelles de l'Amibiase cutanée.....	13
<i>Chapitre III.</i> — Les localisations exeptionnelles de l'Amibiase cutanée.....	47
<i>Chapitre IV.</i> — La lésion. Le pouvoir pathogène de l'Amibe.....	61
Conclusions.....	67
Bibliographie ..	71



